



BERICHTSPFLICHT

Patient/in: _____
(Name bitte in Druckbuchstaben)

Geboren am: _____

Therapeut/in: _____

Wenn der Patient zustimmt, dann ist dem **Hausarzt** zu Beginn (d. h., ab der ersten bewilligten Therapiestunde) und am Ende einer Behandlung ein Bericht zuzusenden. Bei längerer Behandlungsdauer zusätzlich nach jeweils einem Jahr.

Ihre schriftliche Entscheidung ist nach einer Bestimmung des V. Sozialgesetzbuches, § 73, Abs. 1b notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Möchten Sie, dass Ihr Hausarzt einen Bericht erhält?

Nein

Ja

Name / Adresse / Telefon des Hausarztes:

Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen erhalten habe.

Berlin, den _____ Datum

Unterschrift Patient/in, bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
(bei Kindern und Jugendlichen)

Info an den Therapeuten:

Klären Sie bitte unter u. a. Link, ob es sich bei dem vom Patienten angeführten Arzt um einen Hausarzt handelt, denn nur hier gilt die Berichtspflicht. Verfügt er nicht über die Bezeichnung, so lassen Sie das Formular nochmals korrekt vom Patienten ausfüllen und geben es bei der Abrechnungsabteilung ab.

<https://www.arztauskunft.de/>